

# Las «enfermedades emergentes» en las postrimerías del siglo XX: El sida

Jon Arrizabalaga \*

## Introducción

Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto ha tenido en la historia de la humanidad y aún hoy constituyen el principal motivo de las preocupaciones sanitarias para buena parte de las colectividades humanas. Como un reciente informe de la OMS se ha ocupado de recordarnos, en 1995 las infecciones aún constituían la principal causa de muertes prematuras en el mundo, agrupando casi un tercio del total de fallecimientos (17 de un total de 52 millones), más de la mitad de los cuales (9 de los 17 millones) afectaban a niños de corta edad. Por otra parte, la mitad de los habitantes del planeta continua expuesta a infecciones endémicas de diversa índole (WHO/OMS 1996a).

En Europa Occidental y Norteamérica las infecciones epidémicas (peste, viruela, fiebre amarilla y cólera, sobre todo) fueron las enfermedades sociales dominantes hasta bien entrado el siglo XIX, en que de forma gradual perdieron protagonismo en favor de las enfermedades infectocontagiosas crónicas (tuberculosis, paludismo, fiebre tifoidea y enfermedades de transmisión sexual, entre otras). A su vez, el impacto de estas últimas descendió tras la II Guerra Mundial, en favor de una creciente incidencia de afecciones tales como los tumores malignos, las enfermedades cardio y cerebrovasculares y los accidentes.

Sin embargo, desde los años ochenta asistimos a un recrudecimiento de las afecciones de carácter infeccioso en el Occidente desarrollado, a costa no sólo del retorno de viejas conocidas como la tuberculosis y la sífilis, sino también de la aparición de «enfermedades emergentes»; una expresión que ha sido propuesta en lugar de la ambigua noción de «enfermedad nueva», para calificar cualquier enfermedad percibida como tal en un momento y en una población determinados, con independencia de su real novedad (Grmek 1993).

El optimismo que los servicios médicos occidentales a ambos lados del Telón de Acero y las organizaciones sanitarias internacionales exultaban durante las décadas siguientes a la II Guerra Mundial en razón de los espectaculares resultados obtenidos en sus campañas contra enfermedades infecciosas como la poliomielitis,

la viruela, la tuberculosis y el paludismo, hizo que las nuevas afecciones que en los años 60 comenzaban a detectarse (por ejemplo, las fiebres hemorrágicas de Machupo y Marburg, o la fiebre de Lassa), fueran consideradas como meras «anomalías» insignificantes dentro de un sistema de pensamiento y representación de la realidad —el que conocemos bajo el nombre de medicina occidental moderna— que supuestamente estaba logrando librar a la humanidad de una de sus más pesadas cargas.

Pero el crecimiento, imparable en el transcurso de los años setenta y ochenta, del número y relevancia sanitaria de estas «anomalías» (piénsese, por ejemplo, en el impacto de la enfermedad de los legionarios, el ébola y, sobre todo, el sida) ha acabado por cuestionar la idoneidad de la teoría y la práctica que la medicina occidental ha preconizado frente a las enfermedades infecciosas en un planeta cada vez más sometido a sus designios; y ha alimentado una creciente contestación desde la «periferia» del sistema —sobre todo en el Tercer Mundo, pero también en el seno de minorías cualificadas dentro del Primero— contra este modelo médico como un fenómeno histórico, político y cultural diferenciado que instrumentaliza y refleja la dominación imperialista de Occidente (Cunningham y Andrews 1997).

Este sorprendente cambio en las tendencias de salud del Occidente desarrollado nos permite formular algunas conclusiones preliminares bastante obvias aunque, no por ello, hayan sido siempre tenidas en cuenta de forma adecuada. En primer lugar, nos revela la creciente interdependencia existente entre los niveles de salud de las distintas regiones del planeta y, en última instancia, la imposibilidad de resolver de forma aislada los problemas de salud de determinadas poblaciones o grupos sociales ignorando al mismo tiempo a otros —mucho menos al resto de la humanidad. Asimismo, nos recuerda que los logros sanitarios no son nunca irreversibles y que la situación epidemiológica de las poblaciones humanas puede verse sujeta en el transcurso del tiempo a procesos lo mismo evolutivos que regresivos. De paso, nos subraya la estrecha conexión existente en el seno de las sociedades humanas entre los niveles sanitarios y los de carácter socioeconómico y cultural. Finalmente, el cambio en las tendencias de salud en Occidente ha puesto en entredicho la validez de los modelos de

carácter lineal y progresivo mediante los cuales se ha explicado durante décadas la evolución histórica de los perfiles epidemiológicos europeos, como claves para comprender y afrontar con éxito los nuevos retos sanitarios globales que nos acechan a las puertas del siglo XXI.

Me propongo hacer algunas consideraciones desde la perspectiva histórica, acerca de la nueva situación epidemiológica que el Occidente desarrollado atraviesa en las postrimerías del siglo XX. Utilizaré para ello el ejemplo del sida, sin lugar a dudas, la «enfermedad emergente» de mayor impacto en este peculiar *fin de siècle* que en Occidente coincide con el tránsito hacia una civilización postindustrial y postnacional. Con todo, aludiré de pasada también a otras «enfermedades emergentes» que ayudan a esclarecer algunas de las cuestiones suscitadas.

## El sida, principal «enfermedad emergente» en las postrimerías del siglo XX

**A** mediados de 1981, hace ahora más de diecinueve años y coincidiendo con el inicio de la ofensiva neoconservadora que la denominada «Nueva Derecha» viene desplegando a escala planetaria hasta la fecha, se detectó, primero en los EEUU, poco después en diversos países europeos y finalmente en el resto del mundo, un fenómeno patológico nuevo al que los médicos y científicos occidentales pronto convinieron en llamar «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida» (Acquired Immunodeficiency Syndrome). En los medios de comunicación de masas, el acrónimo SIDA (AIDS) ha acabado por cobrar entidad sustantiva (Sida [Aids] o sida [aids]), aunque dentro del lenguaje médico especializado el nombre actual oficial de la enfermedad es «Infección por el VIH [Virus de la Inmunodeficiencia Humana] y SIDA» (HIV Infection and AIDS).

Por sus peculiares características epidemiológicas y clínicas (alta contagiosidad, rápida difusión, transmisión sexual y sanguínea, manifestaciones clínicas muy variadas y severas, carácter incurable y elevada tasa de

letalidad), el sida ha resucitado miedos que parecían definitivamente enterrados en Occidente cuando menos desde la pandemia gripal de 1917-18, y mantiene en jaque, desde hace casi dos décadas, a las organizaciones sanitarias internacionales y a los servicios de salud de todo el mundo.

Conforme a las estimaciones globales efectuadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA [UNAIDS]) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a finales de 1997 30,6 millones de personas vivían con el VIH/SIDA y 11,7 millones más habían perdido la vida a causa del sida desde el inicio de la epidemia. Sólo en 1997 se produjeron 5,8 millones de nuevas infecciones y 2,3 millones de fallecimientos a causa de la enfermedad. El sida se encontraba entonces entre las diez primeras causas de defunción a nivel mundial (actualmente ya se encuentra entre las cinco primeras). El VIH se propagaba entonces a un ritmo de casi 16.000 nuevas infecciones diarias. El número de niños menores de 15 años infectados por el VIH desde el inicio de la epidemia a finales de los años setenta había alcanzado los 3,8 millones, de los que 2,7 millones habían fallecido. Sólo en 1997 cerca de 600.000 niños se infectaron, la mayoría a través de su madre antes de nacer, durante el parto o por la lactancia natural. Actualmente, la gran mayoría de las infecciones por VIH se concentra en los países en desarrollo, la mayor parte de los cuales carece de recursos para tratar a los infectados. De hecho, el 89% de éstos viven en el África subsahariana y en los países en desarrollo de Asia, que en conjunto representan menos del 10% del producto nacional de todos los países del mundo. La infección progresa con especial rapidez en la mayor parte de Asia, Europa oriental y África meridional. Además, desde el comienzo de la epidemia hasta 1997, 8,2 millones de niños habían perdido a su madre o a ambos padres por causa del sida antes de cumplir los quince años. Solamente en 1997 el sida generó en torno a 1,6 millones de huérfanos, más del 90% de ellos en el África subsahariana (ONUSIDA/OMS 1998: 6-9).

Sobre los orígenes del sida se han postulado las más dispares teorías, desde el castigo divino como condena de conductas supuestamente reprobables desde el punto de vista moral, hasta la producción artificial, accidental o intencional

del germen, pasando por la asociación del mal con África —en el imaginario occidental, madre inagotablemente fecunda de todas las enfermedades más terribles que en el mundo son y han sido. Ahora bien, sea o no el sida una enfermedad realmente nueva —cuestión de imposible respuesta mientras sus orígenes continúen sin esclarecerse— este fenómeno patológico ha sido percibido como novedoso, al menos, desde cinco diferentes ángulos: (1) por las específicas condiciones biológicas y sociales que han posibilitado su irrupción; (2) porque su conceptualización nosológica resulta inimaginable fuera del marco de la medicina occidental del último cuarto del siglo XX; (3) por tratarse de la primera pandemia que golpea contundentemente el Primer Mundo desde la gripe de 1917-1918; (4) por ser un nuevo reto sanitario a escala planetaria; y (5) porque constituye un nuevo paradigma de enfermedad social. A glosar estas cinco cuestiones dedicaré el resto de mi trabajo.

## NUEVO FENÓMENO PATOLÓGICO

El historiador de la medicina Mirko Grmek (1990: 187-8) consideraba, hace ya diez años, que una pandemia de las características del sida no habría sido posible,

«antes de la mezcla actual de poblaciones, antes de la liberalización de las costumbres y sobre todo antes de que los avances de la medicina moderna permitieran controlar la mayor parte de las enfermedades infecciosas graves e introdujeran las técnicas de inyección intravenosa y de transfusión de sangre».

Para explicar la irrupción del sida, Grmek tornaba a su concepto de «patocenosis» (*patot-hénose*), según el cual la erradicación de una o varias de las enfermedades que definen el perfil epidemiológico de una población determinada conlleva la ruptura del equilibrio ecológico establecido entre los gérmenes presentes en dicha población. Este proceso, a su vez, abre el camino al surgimiento de nuevas enfermedades, al «promocionar» la patogenicidad de otros gérmenes hasta entonces silentes en el ecosistema (Grmek 1969).

Sus hipótesis explicativas del sida como una epidemia devastadora que surge de forma

discontinua con el pasado inmediato como consecuencia de la ruptura de un supuesto equilibrio ecológico debida a las agresivas intervenciones tecnológicas de las últimas décadas, han sido tachadas de alimentar de forma injustificada el clima vagamente milenarista detectable en este final de siglo (Fee & Krieger 1993: 463-464). Ciertamente, su énfasis en el impacto de la tecnología sobre el ecosistema va en detrimento de otros factores causales (demográficos, económicos, sociopolíticos, culturales e ideológicos, entre otros) que han jugado un papel tanto o más importante en la aparición del sida y de otras enfermedades emergentes (Garrett 1995: 234-259, 457-527, 642-646, 686-710). Pero las hipótesis de Grmek tampoco pueden ni deben desestimarse de manera absoluta.

Me limitaré a enumerar algunos ejemplos del impacto que los cambios científicos en el ámbito de la biomedicina y de la producción animal han tenido en el desencadenamiento de algunas enfermedades emergentes. Los espectaculares avances en el control y erradicación de las enfermedades infecciosas, y el empleo indiscriminado de antibióticos han promocionado la patogenicidad de gérmenes largo tiempo silentes o escasamente problemáticos desde el punto de vista terapéutico, que se han vuelto resistentes a un número siempre creciente de remedios quimioterápicos (Garrett 1995: 411-456, 670-686). Por otra parte, la explotación industrial de bioderivados animales y humanos, y su comercialización a escala planetaria han posibilitado en ocasiones la difusión de gérmenes patógenos en el seno de las poblaciones animales y humanas, y su trasvase de aquéllas a éstas. Todo ello no ha hecho sino contribuir a la ampliación de los efectos de la mundialización de las enfermedades infecciosas; un proceso iniciado a gran escala en el siglo XV con la expansión europea ultramarina, acelerado a partir del siglo XIX con la Revolución Industrial, y que ha adquirido un ritmo trepidante con las fáciles y rápidas comunicaciones propias del mundo de las postrimerías del siglo XX (McNeill 1984; Crosby 1972, 1988).

Particularmente dramática resultó, durante los primeros años de la pandemia de sida, la infección por el VIH durante los primeros años de la pandemia, de un alto porcentaje de la población hemofílica del Occidente desarrollado,

a partir de los hemoderivados inyectables comercializados por distintas compañías farmacéuticas, con que habitualmente estos enfermos suplen el déficit del factor VIII de la coagulación. En otro orden de cosas, tampoco resultan nimios los efectos colaterales de las nuevas tecnologías de producción animal, como ha puesto de manifiesto el inquietante caso del mal popularmente conocido como «enfermedad de las vacas locas», que ha afectado a buena parte de la cabaña vacuna británica y cuyo impacto en la salud humana puede constituir una terrible bomba de relojería. A todas luces, esta enfermedad degenerativa del sistema nervioso, aparentemente relacionada con la encefalopatía espongiforme de Creutzfeldt-Jakob, tiene como causa última la alimentación del ganado vacuno con piensos compuestos que, pasando por alto la condición hervíhora de estos mamíferos, incluyen triturados de cerebros de óvidos infectados por el correspondiente prión. Lamentablemente, no es éste el único caso ilustrativo del impacto sobre la salud humana de las nuevas tecnologías de producción animal. Parece cada vez más obvio que la ingesta de carnes de animales tratados en vida de forma sistemática y con carácter profiláctico con antibióticos puede provocar la transmisión a la población humana de las resistencias bacterianas eventualmente generadas frente a ellos. Finalmente, el pasado año (1999) la denuncia de numerosos casos de intoxicación humana acaecidos en Bélgica y otros países europeos a causa de la ingesta de pollos alimentados con piensos en cuya composición se habían podido detectar altos índices de dioxinas trascendió a los medios de comunicación generando un grave escándalo en toda Europa, al poner de manifiesto no sólo la ínfima calidad de muchos de estos productos y la falta de escrúpulos de sus fabricantes, sino también las serias deficiencias en los controles sanitarios dentro de la Unión Europea.

Sobra decir que, hasta la fecha, los poderosos intereses económicos existentes en torno a la explotación industrial y comercial de estas lucrativas opciones biotecnológicas no han facilitado, antes bien lo contrario, la tarea de evaluar de forma adecuada y suficiente las consecuencias no buscadas de las mismas, y que tampoco parece previsible que los poderes políticos nacionales e internacionales quieran, ni puedan, acometer esta tarea en el próximo

futuro. Basta citar como ejemplos, las deficientísimas políticas antibióticas de la mayoría de los países del mundo (denunciadas con fuerza por la OMS en su informe anual de 1995), la falta de reacción de los responsables sanitarios de diversos países del Occidente desarrollado ante las sospechas fundadas o denuncias de contaminación de los hemoderivados, que se sucedieron durante los primeros años de la pandemia de sida, el irresponsable manejo durante años, de la crisis de las «vacas locas» por las autoridades británicas, y la inquietante atonía de los sistemas belgas de control sanitario ante el escándalo de las dioxinas el pasado año.

### NUEVA CLASE DE ENTIDAD MORBOSA ESPECÍFICA

La concepción como enfermedad específica de un fenómeno de las características del sida tampoco hubiera sido posible con anterioridad a la elaboración en los años setenta, de nuevos instrumentos conceptuales y tecnológicos en las ciencias biomédicas (Grmek, 1990: 186-7). Durante los dos primeros años de la pandemia (1981-1983), el desconocimiento de las causas del sida llevó a su conceptualización como un «síndrome», es decir, un conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado, independientemente de la identidad de su causa o causas desencadenantes. Ahora bien, en mayo de 1983 el equipo de virólogos del Instituto Pasteur de París dirigido por Luc Montagnier, y un año después (mayo de 1984) el equipo de cancerólogos del *National Cancer Institute* de Bethesda (EEUU) bajo la dirección de Robert Gallo, lograron identificar y aislar el que ha sido llamado «Virus de la Inmunodeficiencia Humana» (VIH), desde entonces considerado el agente causal de la nueva enfermedad. El germen en cuestión pertenece a la familia de los retrovirus y su papel patógeno en la especie humana sólo había podido demostrarse a partir de 1978. El VIH actúa destruyendo las defensas inmunitarias del organismo humano y convirtiéndolo en objeto de cerca de una treintena de infecciones oportunistas severas y de tumores malignos infrecuentes. La contaminación por el VIH se ve habitualmente seguida de una fase de infección silente durante un período medio de diez

años. Sólo a partir de entonces comienzan a aparecer, como muestra del deterioro progresivo del sistema inmunitario, los procesos infecciosos y las tumoraciones malignas que propiamente constituyen los signos clínicos de la enfermedad. Con la demostración definitiva en abril de 1984, de la relación causa-efecto entre el VIH y el sida, el «Síndrome de Inmunodeficiencia Humana» se convirtió en un estado patológico específico consecuencia directa de la infección por el «Virus de la Inmunodeficiencia Humana», al igual que la tuberculosis se asocia al bacilo de Koch y la sífilis venérea al *Treponema pallidum*.

Obviamente, entre el estado patológico que a finales del siglo XIX y comienzos del XX se conoció como «entidad específica» en el marco de la medicina de laboratorio y de la teoría bacteriológica de la enfermedad infecciosa, y el que ilustra el sida, una infección viral específica cuyos signos clínicos potenciales abarcan todo un arco de enfermedades igualmente específicas, media una distancia conceptual notable. De ahí que el sida haya sido definido como una enfermedad «enmascarada» que sólo se hace aparente a través de otras enfermedades, como una «meta-enfermedad» de muy laboriosa «decodificación» e, incluso, como «la primera de las plagas post-modernas» (Pressman, 1991: 58). Hace tan sólo treinta años estas infecciones oportunistas y tumoraciones infrecuentes constituían la única realidad observable y conceptualizable por los médicos (Grmek, 1990: 187).

### SORPRESA EPIDEMIOLÓGICA EN EL PRIMER MUNDO

En el *ranking* mundial de fallecimientos por enfermedades infecciosas correspondiente a 1995, el sida ocupa un relativamente discreto sexto puesto con un millón de víctimas, *ex aequo* con el sarampión y por detrás de las infecciones de vías respiratorias (4 mill. de niños y 400.000 adultos), tuberculosis (3,1 mill.), las infecciones intestinales (3,1 mill.), el paludismo (2,1 mill.) y la hepatitis B (1,1 mill.) (WHO/OMS 1996b). Ahora bien, mientras estas defunciones se concentran de forma abrumadora en los países del Tercer Mundo, del azote del sida no ha logrado tampoco zafarse el Primer Mundo, donde a finales de

1997 vivían con el VIH/SIDA 1,34 millones de adultos y niños, entre EEUU, Canadá y Europa (ONUSIDA/OMS 1998: 6).

El sida constituye, por tanto, la primera pandemia de alta letalidad que golpea de forma generalizada al Primer Mundo desde la gripe de 1917-1918. Sólo teniendo en cuenta este hecho puede comprenderse plenamente la contundente respuesta que, con todas las contradicciones que se quiera, han acabado por dar al problema los gobiernos y movimientos ciudadanos de los países desarrollados, así como las organizaciones sanitarias internacionales.

El caso del paludismo constituye un espléndido contra-ejemplo del «doble rasero» que rige el orden de las prioridades sanitarias mundiales. Con sus 5,1 millones de casos declarados, que en realidad pueden multiplicarse hasta por 4-5 veces (lo que supondría entre 21 y 26 millones de casos reales), y sus 1,5-2,7 millones de fallecidos por año (la mayor parte en el África subsahariana y con un millón acaparado por niños menores de 5 años) dentro de un total de población sometida a riesgo de casi 2.020 millones (36% de la población humana) (todos los datos según las estadísticas de la OMS para 1993), el paludismo sigue siendo uno de los primeros problemas socio-sanitarios de la humanidad (WHO/OMS, 1996b).

Precisamente porque esta plaga afecta sobre todo a las áreas más subdesarrolladas y deprimidas del Tercer Mundo y no existe actualmente ningún poderoso *lobby* político, financiero o científico particularmente interesado en ella, los recursos económicos anualmente dedicados en el mundo a los programas de lucha contra la malaria han sido desde los años 60, desproporcionadamente bajos en comparación con las partidas económicas destinadas a otros problemas sanitarios mundiales de mucho menor entidad.

El abandono es particularmente grave en el África tropical, donde se acumula una población sometida a riesgo de contraer la malaria, de 400 millones —el 7% del total de la población mundial— y donde prácticamente todo está por hacer a este respecto. Una mera constatación, al fin y al cabo, de que el «valor de cambio en el mercado» de la piel de los desposeídos del Tercer Mundo, particularmente del África Negra, es infinitamente menor al de los habitantes del Primer Mundo, con el agravante adicional de que este «valor» viene

experimentando una vertiginosa devaluación en la economía mundial desde finales de los años setenta.

En los años noventa han surgido en el mundo algunas importantes iniciativas orientadas a poner fin a esta lamentable situación. Tal es el caso de las investigaciones dirigidas por Manuel E. Patarroyo desde Colombia para encontrar una vacuna sintética eficaz y de bajo coste contra el paludismo, o la «Iniciativa Multilateral contra el Paludismo» (MIM), un ambicioso programa impulsado por la OMS y el Banco Mundial con la colaboración de la industria farmacéutica multinacional, por el que en treinta años se invertiría un total de 180 millones de dólares en la búsqueda de nuevos fármacos contra esta enfermedad. Pero es muy pronto aún para juzgar los resultados de estas prometedoras iniciativas que, por otra parte, han tropezado ya con notables obstáculos de diverso signo (Larbi Bouguerra 1998).

## NUEVO RETO SANITARIO A ESCALA PLANETARIA

A finales de los años setenta y comienzos de los ochenta la comunidad internacional irradiaba un exultante optimismo sanitario. En 1977 la viruela había sido declarada oficialmente extinguida en el planeta. En 1978, la OMS proclamaba en su Declaración de Alma Ata «Salud para Todos en el Año 2000», que merced al desarrollo de la atención primaria de salud a escala planetaria, para ese año toda la humanidad estaría inmunizada contra la mayoría de las enfermedades infecciosas y se garantizarían unos cuidados sanitarios básicos para todos los hombres, mujeres y niños independientemente de su clase social, raza, religión o lugar de nacimiento.

Ese mismo año 1978 se abría, con la identificación y aislamiento del primer retrovirus humano patógeno (Gallo, 1991: 99-115), un prometedor futuro para las investigaciones relativas al cáncer, las llamadas «infecciones por virus lentos» y una serie de enigmáticas afecciones, entre ellas la esclerosis múltiple y el conjunto de las incluidas en ese cajón de sastre que son las enfermedades sistémicas de carácter autoinmune. Por un momento, la humanidad creía tener al alcance de la mano

no sólo la utopía de lograr una victoria definitiva sobre las enfermedades infecciosas, sino la clave para resolver buena parte de las afecciones crónicas de mayor impacto social y sanitario en Occidente. El inesperado estallido del sida cayó en este ambiente como un jarro de agua helada. Irónicamente, un retrovirus era identificado como el responsable de la pandemia que de forma tan drástica había puesto punto final a esta euforia sanitaria.

La infección por VIH no sólo ha puesto de manifiesto una excesiva confianza del tecnocrático modelo médico occidental en su capacidad de controlar las grandes plagas infecciosas de la humanidad; también ha revelado de forma dramática la existencia de algo esencialmente incorrecto en el modo de proceder de la medicina occidental frente a este grupo de enfermedades. Desde 1990 un número creciente de expertos sostiene que el VIH no es una realidad excepcional y aberrante en la salud pública actual, sino más bien un signo anunciador de los nuevos riesgos sanitarios que se ciernen sobre la humanidad a las puertas del tercer milenio de nuestra era. Estos expertos advierten que, pese a la terrible experiencia del sida, la humanidad ha aprendido muy poco a enfrentarse y responder a nuevos gérmenes, y reclaman el estudio de las vías por las cuales microcambios en el entorno de cualquier nación pueden afectar a la vida de todo el planeta (Garrett, 1995: 10).

Como recientemente ha señalado Laurie Garrett en una extensa monografía sobre las enfermedades emergentes, para hacer frente a éste y otros nuevos retos sanitarios, es necesario lograr una perspectiva nueva y audaz que admita la existencia de un «estado de relaciones dinámico y no lineal entre el *Homo sapiens* y el mundo microbiano, tanto dentro como fuera de nuestros cuerpos», en lugar de empeñarnos en contemplar «la relación de la humanidad con los microbios como un proceso históricamente lineal con un riesgo siempre decreciente para los humanos» (Garrett, 1995: 11). Garrett opina que ello sólo será posible si logran fraguarse «perspectivas que combinen campos tan dispares como medicina, estudios medioambientales, salud pública, ecología básica, biología de primates, conducta humana, desarrollo económico, antropología cultural, legislación en materia de derechos humanos, entomología, parasitología, virología, bacteriología, biología evolutiva y epidemiología» (Garrett, 1995: 10-11).

## NUEVO PARADIGMA DE ENFERMEDAD SOCIAL

Los esfuerzos por conceptualizar el sida al objeto de desarrollar estrategias de prevención frente a la nueva enfermedad hubieron de asumir la radical historicidad de este fenómeno emergente y, consecuentemente, llevaron a buscar las claves interpretativas del mismo en distintos modelos históricos de enfermedad social. Para Elisabeth Fee y Nancy Krieger (1993: 459-487) las grandes plagas epidémicas y las enfermedades crónicas han sido los dos principales modelos históricamente operativos en Norteamérica y Europa. En los inicios de la pandemia, el sida fue predominantemente percibido en el Occidente desarrollado como una enfermedad epidémica que, al estilo de la peste y otras grandes epidemias del pasado, comportaba efectos devastadores para la población en su conjunto. Hacia finales de los años 80, en cambio, la infección por VIH fue reconceptualizada como una enfermedad crónica más, similar en muchos aspectos a otras como el cáncer.

Los dos modelos han aportado, cada uno a su manera y en su momento, valiosos beneficios a la organización de la lucha de la humanidad contra el sida, pero el paso del tiempo ha puesto de manifiesto las serias limitaciones de uno y otro para afrontar un fenómeno tan complejo y que tan abiertamente desafía nuestros intentos de categorización neta. Ante la crisis abierta de ambos modelos, en la actualidad se subraya con creciente insistencia la exigencia de un nuevo paradigma que asuma una concepción más unificada del sida y que refleje mejor los rasgos inéditos del nuevo azote.

En 1993 Fee y Krieger postularon que el sida no es ni una peste, ni una afección crónica más, sino una enfermedad con una historia propia ya suficientemente larga y peculiar como para que deba ser considerada en sí misma un nuevo modelo de enfermedad social. El nuevo paradigma contempla al sida, al mismo tiempo, como una pandemia lenta y persistente y como una enfermedad infecciosa crónica y de carácter colectivo, que se manifiesta a través de una miríada de enfermedades específicas relacionadas con el VIH.

Este paradigma no sólo subraya la gran distancia existente entre el sida y el modelo histórico de la peste y otras epidemias catastróficas, sino que trata de superar las graves

limitaciones inherentes al modelo tradicional de enfermedad crónica. En efecto, como Fee y Krieger se ocupan de subrayar, el sida ha puesto en cuestión dos asunciones harto comunes entre los médicos: de una parte, que las enfermedades crónicas y las infecciosas representan patrones contrapuestos de enfermedad social; de otra, que las primeras corresponden al patrón epidemiológico propio del Primer Mundo, mientras las últimas lo son al del Tercer Mundo.

De que este paradigma o, eventualmente, otros más satisfactorios se consoliden y articulen en las políticas de salud de los distintos países y en la política de prevención global preconizada por la OMS, dependerá en gran medida que la humanidad pueda afrontar de forma más eficaz el sida y otras enfermedades emergentes con las que ya hemos de convivir o que sin duda aparecerán en los años venideros.

## BIBLIOGRAFÍA

- CROSBY Alfred W. (1972): *The Columbian exchange: Biological and cultural consequences of 1492*, Westport, Conn.
- (1988): *Imperialismo ecológico. La expansión biológica de Europa, 900-1900*, Barcelona, Crítica (ed. original inglesa: Cambridge University Press, 1986).
- CUNNINGHAM Andrew y ANDREWS, Bridie (eds.) (1997): *Western medicine as contested knowledge*, Manchester-Nueva York, Manchester University Press.
- FEE Elisabeth; KRIEGER, Nancy (1993): «The emerging histories of AIDS: Three successive paradigms», *History and Philosophy of Life Sciences*, 15(3), 459-87.
- GALLO Robert C. (1991): *Virus hunting. AIDS, Cáncer, and the human retrovirus: A story of scientific discovery*. Nueva York, A new Republic Book / Basic Books.
- GARRET Laurie (1995): *The coming plague. Newly emerging diseases in a world out of balance*, Londres, Virago Press.
- GRMEK Mirko D. (1969): «Préliminaires d'une étude historique des maladies», *Annales E.S.C.*, 24(6), 1473-1483.
- (1990), *Histoire du sida*. 2.<sup>a</sup> ed., París, Payot (trad. cast.: Madrid, Siglo XXI, 1992).
- (1993), «Le concept de maladie émergente», *History and Philosophy of the Life Sciences*, 15(3), 281-296.
- HARDEN Victoria A.; RISSE, Guenter B. (eds.) (1991), *AIDS and the Historian. Proceedings of a Conference at the National Institutes of Health, 20-21 March 1989*. Bethesda, National Institutes of Health.
- LARBI BOUGUERRA, Mohamed (1988): «Paludismo, una plaga que podría evitarse», *Le Monde Diplomatique (ed. española)*, 3(32), 22.
- MCNEILL, William H. (1984): *Plagas y Pueblos*, Madrid, Siglo XXI (ed. original inglesa: 1976).
- ONUSIDA/OMS (1998): *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Junio de 1998*, Ginebra, ONUSIDA-OMS.
- PRESSMAN, Jack (1991): «Commentary [on Workshop 2: Clinical and Biomedical Research Responses to AIDS]». En: HARDEN, Victoria A.; RISSE, Guenter B. (eds.), *AIDS and the Historian. Proceedings of a Conference at the National Institutes of Health, 20-21 March 1989*. Bethesda, National Institutes of Health, pp. 57-61.
- RAMONET, Ignacio (1997), *Un mundo sin rumbo*, Madrid, Debate.
- WHO/OMS (1996a), *The World Health Report 1996. Fighting disease, fostering development*, Ginebra, WHO/OMS.
- WHO/OMS (1996b), «World Malaria situation in 1993», *Weekly Epidemiological Record / Releve Epidémiologique Hebdomadaire*, 71(3,4,5,6), 17-22, 25-29, 37-39, 41-48.